

**UNIDADE 06**

# AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

## MÓDULO 19



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de  
Carvalho Silva***

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

# AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

**UNIDADE - 06**

## **Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013**

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

### **Créditos:**

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA**

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)  
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

**Site:** [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

### **Revisão Ortográfica:**

João Carlos Raposo Moreira

### **Revisão Técnica:**

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

### **Revisão Didático-Pedagógica :**

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia.

### **Normalização:**

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva  
(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

**Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA**

**Avaliação e manejo domiciliar da suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE)/ Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud (Org.). - São Luís, 2013.**

**15f.: il.**

**1. Acidente Vascular Encefálico. 2. Assistência domiciliar. 3. Disfunção orgânica. 4. UNASUS/UFMA. I. Título.**

**CDU 616**

# SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
|   | P.        |
| <b>UNIDADE 6 .....</b>                                | <b>6</b>  |
| <b>6 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE</b> |           |
| <b>ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) .....</b>       | <b>6</b>  |
| <b>6.1 O que é .....</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>6.2 Como avaliar .....</b>                         | <b>7</b>  |
| <b>6.3 Como diagnosticar .....</b>                    | <b>7</b>  |
| <b>6.4 Como manejar .....</b>                         | <b>10</b> |
| <b>6.5 Quando referenciar .....</b>                   | <b>13</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                              | <b>14</b> |

## UNIDADE 6

### 6 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA SUSPEITA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Conforme dados do DATASUS, somente no ano de 2010 morreram aproximadamente 100.000 pessoas no Brasil que tiveram como causa inicial base a morte por Acidente Vascular Cerebral (AVE). Nos Estados Unidos, cerca de 795.000 pessoas têm um AVE novo ou recorrente a cada ano (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012).

#### 6.1 O que é

O AVE, também conhecido como Acidente Vascular Cerebral, é popularmente chamado de derrame. Neste texto utilizaremos o termo Acidente Vascular Encefálico (AVE), que tem sido introduzido por ser mais fiel ao sítio de ocorrência, já que o acidente não acontece exclusivamente no cérebro, mas em qualquer área do encéfalo. O termo AVE refere-se ao comprometimento neurológico agudo que se segue à interrupção no suprimento sanguíneo em uma área específica do encéfalo. Os principais tipos de AVE são:

AVE isquêmico: responsável por 85 % de todos os AVE, geralmente ocasionado por oclusão de uma artéria para uma região do cérebro;

AVE hemorrágico: responsável por 15% de todos os AVE, ocorrendo quando um vaso sanguíneo no cérebro rompe subitamente, liberando sangue para os tecidos circunvizinhos.

## 6.2 Como avaliar

O pronto reconhecimento do AVE é importante porque, se a situação que está acometendo a pessoa proceder de evento isquêmico, o tratamento com fibrinolíticos deverá ser **realizado dentro das três primeiras horas**. A maioria destas situações ocorre em casa e a maior parte das pessoas busca meios próprios para deslocamento até o serviço de urgência/emergência, além de também negarem a sintomatologia, tentando atribuir a outras causas. Isto implica atraso no tratamento, aumentando a morbidade e mortalidade (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2006; SCHWAMM et al., 2005).

| SINAIS E SINTOMAS DO AVE   |
|--|
| Dormência ou fraqueza súbita na face, braço ou perna, principalmente em apenas um lado do corpo; |
| Confusão mental súbita;  |
| Dificuldade para falar ou compreender;   |
| Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos;                                       |
| Dificuldade súbita para andar;   |
| Tontura ou perda do equilíbrio ou de coordenação motora;   |
| Dor de cabeça súbita e muito intensa, sem causa conhecida.                                       |

## 6.3 Como diagnosticar

De acordo com Kothari et al (1997); Goldstein; Simel (2005), os três achados de exame físico mais preditivos de AVE agudo, são: “paresia facial; fraqueza do braço e fala anormal”.

Deve-se pensar que o tempo é essencial para diagnóstico dos casos, sendo todo e qualquer teste direcionado para a melhor hipótese de mecanismo do AVE (isquêmico ou hemorrágico), que guiará a terapia a ser empregada. Na maioria das vezes, história e exame físico bem realizados, medida de glicose, saturação de oxigênio e indicação de tomografia serão suficientes para definição diagnóstica e manejo inicial.

### **SAIBA MAIS!**

Veja as diferenças entre AVE isquêmico e hemorrágico.  
Acesse:

<http://www.einstein.br/einstein-saude/doencas/Paginas/tudo-sobre-acidente-vascular-cerebral-isquemico.aspx>

<http://www.einstein.br/einstein-saude/doencas/Paginas/tudo-sobre-acidente-vascular-cerebral-hemorragico.aspx>

Diante do fato de o ambiente ser externo, em domicílio, deve-se pensar em aplicação de formas objetivas de avaliação neurológica breve e que sejam validadas. Existem inúmeras escalas. As duas que seguem são de fácil aplicabilidade.

Quadro 1 - Escala de AVE Pré-Hospitalar de Cincinnati.

| Teste  | Achados  |
|--|--|
| Desvio da rima: peça ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir. | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Normal</b> - ambos os lados da face se mexem de maneira igual.</li><li>• <b>Anormal</b> - um lado da face não se mexe da mesma forma que o outro.</li></ul> |



|  |  |
|--|--|
| <b>Queda de braço:</b> o paciente fecha os olhos e mantém ambos os braços estendidos, com as palmas das mãos para cima, por cerca de dez segundos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normal</b> - ambos os braços se mexem ou ficam imóveis (outros achados, como uma pronação, podem ser úteis).</li> <li>• <b>Anormal</b> - um braço não se mexe ou cai, em comparação ao outro.</li> </ul> |
| <b>Fala anormal:</b> peça para o paciente dizer “O rato roeu a roupa do rei de Roma”.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Normal</b> - paciente usa as palavras corretas, sem fala pastosa.</li> <li>• <b>Anormal</b> - paciente mistura as palavras, usa palavras erradas ou não é capaz de falar.</li> </ul>                     |

Fonte: KOTHARI, R. et al. Early stroke recognition: developing an out-of-hospital NIH Stroke Scale. Acad Emerg Med., n.4, p.986-990, 1997.

Quadro 2 - Escala Pré-Hospitalar para AVE de Los Angeles (LAPSS).

Para avaliação das queixas neurológicas não traumáticas, não comatosas, agudas. Se as alternativas de 1 a 6 forem **todas respondidas “sim”** (ou “desconhecido”), forneça a notificação pré-chegada ao hospital de um potencial paciente com AVE. Se em qualquer item estiver marcado “não”, volte ao protocolo de tratamento adequado. *Interpretação:* 93% dos com AVE terão um índice LAPSS positivo (sensibilidade = 93%) e 97% pacientes daqueles com LAPSS positivo terão AVE (especificidade = 97%). Note que o paciente ainda pode estar sofrendo um AVE, mesmo se os critérios LAPSS não forem preenchidos.

| Critérios  | Sim                      | Desconhecido             | Não                      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Idade > 45 anos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. <b>Sem</b> história de convulsões ou epilepsia                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Duração dos sintomas < 24 horas                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. De base, o paciente <b>não</b> é acamado nem utiliza cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Glicemia entre 60 e 400   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |  |  |
|---|--------------------------|--|--|
| 6. <b>Assimetria óbvia</b> (direita x esquerda) em <b>qualquer uma</b> das três seguintes categorias de exame ( <b>deve ser unilateral</b> ): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                       |
|   | <b>Igual</b>             | <b>D Fraca</b>                                 | <b>E fraca</b>                                 |
| <b>Careta/sorriso</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Desvio                | <input type="checkbox"/> Desvio                |
| <b>Preensão manual</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Preensão manual fraca | <input type="checkbox"/> Preensão manual fraca |
|   |                          | <input type="checkbox"/> Sem preensão manual   | <input type="checkbox"/> Sem preensão manual   |
| <b>Força do braço</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Queda                 | <input type="checkbox"/> Queda                 |
|   |                          | <input type="checkbox"/> Queda rápida          | <input type="checkbox"/> Queda rápida          |

Fonte: KIDWELL, C.S. et al. Design and retrospective analysis of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). *Prehosp Emerg Care*, n.2, p.267-273, 1998.

\_\_\_\_. Identifying stroke in the field: prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). *Stroke*, n.31, p.71-76, 2000.

A história e exame físico devem servir também para realizar diagnóstico diferencial de outras doenças. Exemplos como convulsões, infecções de sistema nervoso central, síncope, enxaquecas, hipoglicemias ou drogas podem mimetizar um AVE. As maiores dificuldades podem estar naqueles que tem sinais focais e diminuição da consciência. Também se deve considerar sempre, no exame físico, a possibilidade de queda. Em Atenção Domiciliar (AD), a maioria dos pacientes são pessoas com graus variados de debilidade física, o que favorece as quedas. É importante avaliar o crânio em busca de lesões ou traumatismos.

### 6.4 Como manejar

O objetivo na fase inicial após a detecção do AVE inclui:

1. Avaliar sinais vitais e garantir os seguintes itens:

- a) Estabilidade da via aérea;
- b) Paciente esteja respirando;
- c) Circulação bem estabelecida.

São partes fundamentais da avaliação de qualquer paciente em estado crítico, inclusive no AVE. Deve-se saber que pessoas com comprometimento cerebral (por aumento de pressão intracraniana ocasionado por hemorragia, isquemia vertebrobasilar ou isquemia em ambos os hemisférios) podem apresentar diminuição dos movimentos respiratórios. Esta hipoventilação tem como resultado o aumento do dióxido de carbono, promovendo uma vasodilatação cerebral que tem como consequência um aumento da pressão intracraniana.

2. Reverter rapidamente qualquer condição que esteja contribuindo para o problema do paciente:

O paciente não deve ter ingesta de alimentos, o que poderá desencadear uma complicação maior, caso o conteúdo seja aspirado ao pulmão;

Avaliar sinais vitais (temperatura, níveis tensionais, saturação, frequência cardíaca e respiratória, glicemia capilar);

Hipertermia deve ser evitada; caso ocorra, deve ser manejada, podendo ser prescrito paracetamol via oral ou retal, caso não exista possibilidade;

Pacientes com hipóxia devem receber suplementação com oxigênio, tendo como objetivo níveis de saturação mínimos de 94%. No entanto, não há recomendação de uso de oxigênio rotineiramente em pacientes vítimas de AVE agudo não hipoxêmicos (JAUCH et al., 2013).

Hipoglicemia pode ocasionar déficits neurológicos focais mimetizando AVE e hipoglicemia grave sozinha pode ocasionar lesão neuronal. Portanto, é importante medir e corrigir imediatamente baixos níveis séricos de glicemia (abaixo de 60mg/dL). Segundo Jauch et al (2013), normoglicemia é o objetivo, devendo-se evitar elevações excessivas da glicemia. A AHA recomenda valores entre 140-180mg/dL, enquanto o European Stroke Initiative Guidelines recomenda até 180 mg/dL (HACKE, 2003).

Hiperglicemia acima de 200mg/dL deve ser manejada com insulina com objetivo de manter níveis como acima mencionado;

Hipertensão faz parte do quadro normal de um AVE em curso, devendo-se atentar a situações de aumentos de sistólica acima de 220mmHg e diastólica acima de 120mmHg. O tratamento medicamentoso dependerá do tipo de AVE, se isquêmico ou hemorrágico, sendo melhor o manejo após esta definição;

Hipotensão com medidas de sistólica inferior a 120mmHg ou medidas que estejam muito abaixo dos padrões da pessoa podem ser manejadas com infusão de soro fisiológico 0,9%, além de posicionar a cabeça no nível do leito;

Determinar se paciente com AVE agudo é candidato a terapia antitrombótica. Diante desta possibilidade, o fundamental é saber o tempo de sintomatologia. Questionar a família qual foi o último momento em que perceberam a pessoa sem as dificuldades do presente AVE.

## IMPORTANTE

A redução de PA durante um AVE isquêmico pode aumentar a área isquemiada e, consequentemente, as sequelas, porque diminui a perfusão sanguínea cerebral.

## **6.5 Quando referenciar**

A pessoa suspeita ou clinicamente confirmada de AVE deve ser sempre transportada para uma unidade hospitalar, não devendo ser retardado o deslocamento. Caso a equipe de AD tenha sido acionada para avaliação inicial, após manejo inicial, deverá solicitar transporte ao serviço médico de urgência de referência. O objetivo do referenciamento é o término da avaliação diagnóstica e manejo do AVE de acordo com a indicação mais adequada. O contato com a unidade hospitalar anterior ao deslocamento é muito importante, pois a equipe que receberá o paciente poderá acionar os demais serviços presentes (equipe de AVE, exames laboratoriais, exames de imagem, etc.), preparando a chegada, agilizando o rápido manejo que esta pessoa necessita para a aplicabilidade dos protocolos hospitalares de AVE.

Portanto, é importante que o serviço de AD faça parte da rede de regulação de seu Estado. Além disso, outra ação importante consiste em viabilizar a contrarreferência do usuário para a Atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos prontos-socorros (SILVA, 2013).

## REFERÊNCIAS

FIELD, J.M. et al (Ed.). **Advanced cardiovascular life support provider manual**. Dallas: American Heart Association, 2006.

GO, Alan S. et al. Heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, v.127, n.1, p.e6-e245, dec. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23239837>>. Acesso em: 8 nov. 2013.

GOLDSTEIN, L.B.; SIMEL, D.L. Is this patient having a stroke? **JAMA**, v.293, n.19, p.2391-402. mayo. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15900010>. Acesso em: 8 nov. 2013.

HACKE, Werner. European stroke initiative recommendations for stroke management - update 2003: The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee. **Cerebrovasc Dis**, n.16, p.311-337, jul. 2003. Disponível em: <[http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003\\_Cerebrovasc\\_Dis.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf)>. Acesso em: 8 nov. 2013.

JAUCH, E.C. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, n.44, p.870, 2013.

KIDWELL, C.S. et al. Design and retrospective analysis of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). **Prehosp Emerg Care**, n.2, p.267-273, 1998.

\_\_\_\_. Identifying stroke in the field: prospective validation of the Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS). **Stroke**, n.31, p.71-76, 2000.

KOTHARI, R. et al. Early stroke recognition: developing an out-of-hospital NIH Stroke Scale. **Acad Emerg Med.**, n.4, p.986-990, 1997.

SCHWAMM, L.H. et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care. **Stroke**, n.36, p.1-14, 2005.

SILVA, João Marcelo Barreto. **A Gestão do fluxo assistencial regulado no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2). Acesso em: 9 nov. 2013.